

# Psicologia em Pesquisa

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa>

**Processo de produção de cuidado à crise em Rede de Atenção Psicossocial**

**Production process of crisis care in the Psychosocial Attention Network**

**Proceso de producción de cuidado a la crisis en la Red de Atención Psicossocial**

Teresinha Cid Constantinidis<sup>1</sup>, Meyrielle Belotti<sup>2</sup>, Bruna Lidia Taño<sup>3</sup>, Camila Mariani Silva<sup>4</sup> & Adriana Leão<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> Universidade Federal do Espírito Santo. Email: teracide@uol.com.br ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9712-3362>

<sup>2</sup> Universidade Federal do Espírito Santo. Email: meyribelotti@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3901-4656>

<sup>3</sup> Universidade Federal do Espírito Santo. Email: brunatano@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0101-4100>

<sup>4</sup> Prefeitura Municipal de Vitória – ES. Email: camariani@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8375-9116>

<sup>5</sup> Universidade Federal do Espírito Santo. Email: drileao@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4545-6258>

**RESUMO**

O objetivo deste estudo é compreender o processo de produção de cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a pessoas em situação de crise. A pesquisa foi realizada em serviços que compõem a RAPS de quatro municípios de Região Metropolitana da Região Sudeste e teve como participantes profissionais oriundos de CAPS II e III, de CAPS álcool e drogas, de CAPS infantojuvenil, de unidade de curta permanência, de pronto socorro e de Unidade Básica de Saúde. Para a coleta de dados, foi utilizado o grupo focal e a análise dos dados se deu por análise de conteúdo. Este trabalho evidenciou a centralidade do hospital e a associação direta e protocolar da crise à internação psiquiátrica. A hegemonia médica e a dificuldade das equipes da atenção básica em lidar com as questões da saúde mental da população são pontos discutidos neste estudo.

**PALAVRAS-CHAVE:**

Saúde Mental; Atenção à crise; Intervenção em crise; Níveis dos cuidados de saúde.

**ABSTRACT**

The objective of this study is to understand the process of producing care in the Psychosocial Attention Network (RAPS) for people in crisis situations. The research was carried out in services that compound the RAPS of four municipalities of the Southeastern Region metropolitan areas. Professionals from CAPS II and III, CAPS alcohol and drugs, CAPS infant and juvenile, short stay unit, first aid and Basic Health Unit participated in the study. For data collection, the focus group was used and data analysis was performed by content analysis. This work evidenced the centrality of the hospital and the direct and protocolar association of the crisis with psychiatric hospitalization. The medical hegemony and the difficulty of the primary care teams in dealing with the mental health issues of the population are points discussed in this study.

**KEYWORDS:**

Mental Health; Attention to the crisis; Crisis intervention; Levels of health care.

**RESUMEN**

El objetivo de este estudio es comprender el proceso de producción de cuidado en la Red de Atención Psicossocial (RAPS) a personas en situación de crisis. La investigación fue realizada en servicios que componen la RAPS de cuatro municipios de Región Metropolitana de la Región Sudeste, Brasil. Los participantes fueron profesionales de CAPS II y III, de CAPS alcohol y drogas, de CAPS infantojuvenil, de unidad de corta permanencia, de socorro y de Unidad Básica de Salud. Se utilizó el grupo focal para la recolección de los datos y el análisis de los datos se realizó por análisis de contenido. Este trabajo evidenció la centralidad del hospital y la asociación directa y protocolar de la crisis a la internación psiquiátrica. La hegemonía médica y la dificultad de los equipos de atención básica en lidiar con las cuestiones de la salud mental de la población son puntos discutidos en este estudio.

**PALABRAS CLAVE:**

Salud Mental; Atención a la crisis; Intervención en crisis; Niveles de la asistencia sanitaria.

**Informações do Artigo:**

*Teresinha Cid Constantinidis  
teracidc@uol.com.br*

*Recebido em: 22/12/2019*

*Aceito em: 21/04/2020*

Dentre inúmeras definições de crise, encontram-se as que versam sobre desequilíbrio psíquico gerado pelo desprovimento de competências do sujeito ao enfrentamento de situações de conflitos (Martins, 2017); as definições da perspectiva psiquiátrica, que definem a crise como fase aguda de transtorno mental, em que se tornam perceptíveis os sintomas positivos tais como alucinações e delírios (Dalgalarondo, 2019); as definições que permitem superar o reducionismo da crise aos sintomas e colocá-la em um nível de sofrimento oriundo da miséria pessoal, diversidade de comportamento, intolerância e violência (Moebus, 2014) ou; ainda em uma perspectiva psicanalítica, a crise é abordada como uma situação de invasão do psiquismo e que atinge o próprio corpo do sujeito, colocando-o em situação de exposição, de perda de privacidade, de irrupção do estranho (Lobosque, 2010).

Dell'acqua e Mezzina (2003) apontam a dificuldade em fazer uma única definição de crise e ressaltam a importância de considerá-la dentro de um contexto histórico particular e dentro da organização de assistência naquela área. Para os autores, para além dos fatos da vida, dos problemas emocionais, de relações sociais, a qualificação à crise como tal será dada quando houver um interesse psiquiátrico específico. Os autores relatam que os usuários que comumente seriam encaminhados aos serviços psiquiátricos, admitidos como situação de crise, seriam os casos que responderiam a três de cinco parâmetros: grave sintomatologia psiquiátrica; grave ruptura no plano familiar e/ou social; recusa do tratamento; recusa obstinada de contato; situações de alarme em seu contexto de vida e incapacidade pessoal de afrontá-las. Tais parâmetros justificavam a internação, muitas vezes forçada, em hospitais psiquiátricos.

Foucault (2006) dá destaque à crise ao tratar da genealogia do poder em psiquiatria. Para o autor, na ausência da anatomia patológica como prova da doença, a psiquiatria tem na crise a “verdade da doença” revelada. A crise, para este autor, será a prova de realidade que constituirá como doença mental a demanda que chega ao psiquiatra que conduz e autoriza a internação (Foucault, 2006). Portanto, historicamente a situação de crise dá o aval para justificar a exclusão da pessoa em sofrimento psíquico, principalmente por estar atrelada ao conceito de “periculosidade social” que está simbioticamente ligada à doença mental e que serviria como orientador para a psiquiatria no enclausuramento manicomial (Bastos, Dutra, Silva, Pacheco, & Silva, 2016).

A Reforma Psiquiátrica, que envolve o processo de transformação do cuidado ofertado às pessoas em sofrimento psíquico intenso, permite avanços nas formas de compreender a experiência do sofrimento e especialmente no desenvolvimento de novas estratégias de assistência a essa população. Iniciado no final da década de 1970, influenciado principalmente pelo movimento de desinstitucionalização italiana, o processo de “Reforma Psiquiátrica Brasileira” é respaldado pela sanção da “Lei da Reforma Psiquiátrica” – Lei 10.216 –, que institui a Política Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2001).

Considerando que a desinstitucionalização é um trabalho prático em que solução-cura deixa de ser alvo na atenção e cuidado à pessoa com sofrimento psíquico e é colocado em seu lugar um conjunto complexo e cotidiano de estratégias que realizam a passagem da cura para a produção de cuidado (Constantinidis &

Cunha, 2016). Para a substituição do modo asilar de tratamento é necessário a estruturação de uma rede que considere as relações humanas, a rede social, que são transversais às instituições e às culturas que compõem a experiência de vida dos sujeitos implicados (Goulart, 2017).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pela Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (Brasil, 2011), visando garantir e reafirmar o acesso universal e o cuidado integral com qualidade para as pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A RAPS é articulada por diferentes dispositivos, para citar, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os leitos em enfermarias psiquiátricas, a atenção à saúde mental na atenção primária também por meio de mecanismos como o Apoio Matricial e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os serviços residenciais terapêuticos, entre outros. Em relação à crise é importante ressaltar que se trata do ponto central a ser enfrentado na construção das redes de atenção e cuidado, e o CAPS assume a centralidade na reorganização assistencial dessas redes, tendo sido planejado como serviço de atenção à crise.

Ainda em processo de implantação da RAPS, em 2017, surge uma nova portaria na Política Nacional de Saúde Mental (Resolução CIT No. 32/2017 e Portaria No. 3.588/2017), com a intenção de ampliar os pontos de atenção à pessoa em sofrimento psíquico, especialmente às pessoas em situação de crise, que passam a contar com hospitais dia e ambulatorios multiprofissionais em saúde mental. Além disso, é feita a atualização do valor pago pelas internações em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2019). É importante destacar que parte dessas medidas assume posicionamento contrário em relação à superação do hospital psiquiátrico, fundamento da Lei 10.216, e alimenta as internações psiquiátricas em vez de promover a circulação territorial, um novo mapeamento na distribuição da demanda em saúde mental.

Alguns trabalhos que tratam sobre a atenção à crise na Atenção Psicossocial avaliam que existe precariedade da rede de atenção em saúde mental. Tais estudos citam especialmente fragilidades nos Centros de Atenção Psicossocial tipo III (CAPS III, com atendimento 24 h por dia, com leitos para internação), falta de leitos em hospitais gerais e o fato de os serviços de urgência psiquiátrica continuarem a alimentar internações em manicômios (Jardim & Dimenstein, 2007), resultando em atendimentos, prioritariamente, por meio de contenção medicamentosa, contenção mecânica e internação, ações que priorizam a redução dos

sintomas (Zeferino, Cartana, Fialho, Huber, & Bertoncello, 2016). É importante salientar que a precariedade não é resultado de ineficácia de modelo de atenção. Dentre outros fatores contribuem para isto, destaca-se a falha no processo de financiamento das condições de efetivação do cuidado na perspectiva em rede. O bom funcionamento de um sistema como esse requer recursos suficientes e o financiamento do SUS sempre foi aquém do necessário. Sabemos que a questão também abrange a disputa de interesses públicos e privados no estabelecimento das políticas públicas, nos modelos de gestão, de atenção e na execução das ações.

Diante da discussão apresentada, partimos da premissa de que a sustentabilidade da Reforma Psiquiátrica depende da produção de cuidado à situação de crise, que é garantida pela qualificação das práticas e dos serviços de saúde mental. Neste sentido, busca-se entender como os profissionais e as equipes operam os equipamentos da RAPS na situação de crise da pessoa em sofrimento psíquico, diante das adversidades enfrentadas no cotidiano dos serviços. Dessa forma, por meio deste estudo, objetiva-se descrever o processo de produção de cuidado na RAPS prestado por profissionais de saúde mental a pessoas em situação de crise. Para tanto, serão discutidas as interações estabelecidas por profissionais entre os diferentes níveis de complexidade da RAPS de quatro municípios de Região Metropolitana situada na região sudeste do país.

O estudo do tipo qualitativo é parte de pesquisa financiada por agência de fomento do Estado, no Edital “Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS): Gestão Compartilhada em Saúde”, com vigência de 01/07/2016 a 31/10/2017.

### **Método**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, CEP-CCS/UFES, por meio do Parecer Consubstanciado do CEP no 1.566.200, de 25/05/2016, respeitando-se, assim, os princípios éticos fundamentais adotados na abordagem aos colaboradores, na coleta e tratamento dos dados, com base na Resolução no 466 de 12/12/2012, a qual dispõe sobre as normas de pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 2013).

O campo deste estudo foi composto pelos serviços que prestam assistência em saúde mental e que compõe a RAPS de quatro municípios de Região Metropolitana situada na região sudeste do país. Da mencionada rede, alguns serviços, de acordo com o que rege a organização das RAS nas Regiões de Saúde,

têm abrangência municipal e outros regionais, neste último caso temos Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e da Atenção Hospitalar (Pronto Socorro e leitos).

### **Participantes**

Participaram deste estudo, oito trabalhadores de saúde mental (dentre eles: assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos e terapeutas ocupacionais) dos serviços que compõem a RAPS dos municípios da região metropolitana citada, oriundos de CAPS II, de CAPS III, de CAPS álcool e drogas (CAPSad), de CAPS infantojuvenil (CAPSij), de unidade de curta permanência, de pronto socorro e de Unidade Básica de Saúde (UBS).

### **Instrumento**

Para a coleta de dados, buscou-se um instrumento que possibilitasse a reflexão do grupo de profissionais a respeito da produção de cuidado em situação de crise dentro da RAPS e a expressão de suas representações e percepções sobre o assunto. Para dar conta desta tarefa, o grupo focal (Trad, 2009), que se apóia na interação entre seus participantes a partir de tópicos que são colocados para discussão, mostrou-se ser o meio adequado para alcançar os dados desejados. Os tópicos norteadores da discussão foram: cotidiano dos serviços na produção de cuidado em saúde mental; relação entre os diferentes serviços que compõem a RAPS; percepção da implantação e consolidação da RAPS nos municípios; produção de cuidado diante da especificidade dos diferentes serviços nos territórios em que estão inseridos; caminhos e impasses na produção de cuidado.

### **Procedimentos de Coleta de Dados**

Com o intuito de garantir a presença de representantes dos quatro municípios, definiu-se o número de participantes por serviço. A sessão do grupo focal teve a duração de noventa minutos e teve a moderação de um coordenador e um co-coordenador, que eram os pesquisadores, e a participação de dois observadores, um aluno de graduação e um aluno de pós-graduação. A sessão foi gravada em áudio e posteriormente transcrita em sua totalidade para posterior análise.

## Análise dos dados

O tratamento do material deu-se por intermédio da análise de conteúdo descrita por Bardin (1979). A codificação do material se deu por meio de leituras das transcrições, destaque de palavras de cada um dos eixos e dos de temas comuns às sessões, fragmentação das falas com base em categorias de análise retiradas do roteiro utilizado para a condução dos grupos e categorização do material que, de acordo com Moraes (1999), “é um procedimento de agrupar dados considerando a parte comum existente entre eles. Classifica-se por semelhança ou analogia, segundo critérios previamente estabelecidos ou definidos no processo” (p. 30).

A partir das informações que emergiram dos resultados oriundos da análise da tematização, foi realizada a discussão, tendo como referencial teórico a literatura científica concernente à atenção psicossocial.

## Resultados e Discussão

Os dados analisados, conforme apresentados na tabela abaixo, partiram do estudo de um eixo temático em que, a partir da análise do conteúdo dos grupos, foram encontradas regularidades discursivas que delinearão quatro categorias. Destas categorias foram configuradas subcategorias conforme apresentadas na

Tabela 1:

**Tabela 1.**

### Resultados

Categorias	Subcategorias
Ações preventivas ao agravamento da crise	Acompanhamento no serviço e no território Trabalho junto à família
Manejo	Acolhimento e interlocução Vínculo Matriciamento
Produção de cuidado à situação de crise	Encaminhamento Comorbidades Dificuldades no manejo Rejeição familiar
Impasses	UBS Atendimento psiquiátrico

Na Tabela 1, estão indicadas as principais categorias e suas respectivas subcategorias, delineadas pelo núcleo de sentido do conteúdo das falas dos participantes no grupo focal. Na discussão a seguir, na apresentação dos trechos dos relatos dos participantes, os nomes dos profissionais foram omitidos e substituídos pela letra P. Os números correspondem à identificação de cada participante.

### **Ações preventivas ao agravamento da crise**

No discurso dos participantes, apareceu a prevenção como uma das ações prioritárias dos serviços. Ao falarem de prevenção, citam ações que antecederiam a crise:

No serviço, a gente faz um filtro dos que estão em um potencial para ter crise; e aí a gente já faz a referência dentro do próprio serviço. O profissional tem que ficar já “olha, vamos observar mais fulano porque ele mudou de comportamento”, ou se fulano já teve uma crise antes, então esse paciente tem mais o olhar da equipe (P7, 12-5-2017, Vitória - ES).

Para Birman e Costa (1994), a prevenção envolve a adaptação, o equilíbrio dos contextos socialmente tensos, a partir de seu surgimento, com intuito de bloquear o desvio e o marginalismo nos grupos constituídos. Para os autores, a prevenção implica na defesa dos grupos constituídos à ameaça, real ou simbólica, que os contextos socialmente tensos trazem para sua dissolução e a crise, tal como estamos tratando, seria um importante indicador do desequilíbrio ou do seu risco.

Nesse sentido, os profissionais de saúde e a comunidade deveriam atuar em situações que antecederiam o sofrimento psíquico. A crise, nesta perspectiva, configura-se como um momento estratégico para a intervenção preventiva, podendo se transformar numa situação de crescimento e de promoção à saúde, conforme aponta Amarante (2007). Assim, a fala de P7 vai ao encontro dessa ideia.

No entanto, é preciso estar atento à perspectiva doença mental/sofrimento psíquico como “desordem” que está subliminarmente tratada na Psiquiatria Preventiva desenvolvida por Caplan (1980), que, de acordo com Amarante (2007), defende uma evolução a-histórica e linear das doenças e que possibilitaria sua intervenção desde que detectada precocemente. Segundo Amarante, a Psiquiatria Preventiva se preocupou em detectar sujeitos que poderiam adoecer mentalmente. É importante notar, conforme apontam Jardim e Dimenstein (2007), que a ideia de prevenção à crise está sustentada no binômio Doença-Causa, na

perspectiva da História Natural das Doenças, e que, neste sentido, a causa da doença mental está sustentada na ideia de crise.

Assim, a crise se torna alvo de intervenção para a promoção da saúde mental (Birman & Costa, 1988). No entanto, Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), apontam que a prevenção deve estar centrada em combater a instituição. Para os autores, o tratamento do sofrimento previne a institucionalização da doença junto a ao seu efeito classificatório e suas consequências, ou seja, “[...] tratar o sofrimento significará combater a doença-instituição (...) Onde, enfim, 'prevenção' não pode ser outra coisa senão prevenção da instituição e do seu poder de etiquetamento, sequestro, expropriação da identidade, produção de dependência, produção de cronicidade” (Rotelli et al., 2001, p. 71).

Se por um lado, alguns profissionais apontam ações que indicam maior preocupação em prevenir a internação:

A gente dentro do CAPS é a questão da sinalização, a gente tem que estar muito com o olhar, com a escuta, porque tem aquele usuário que você tem contato, então assim, pequenas mudanças no quadro você já observa. E aí já começa algumas ações de chamar a família, de intensificar né, os atendimentos, *pra que não chegue naquele grau que já precise acionar uma urgência psiquiátrica* [grifo nosso], então acho que é o olhar da equipe. Isso aí acho que é o primeiro ponto. (P4, 12-5-2017, Vitória/ES).

Por outro lado, outros profissionais apontam ações para prevenir a crise:

Olha, fulana de tal tava aqui ontem e a gente viu tal e tal coisa nela assim, a filha dela fez tal coisa, agiu de tal forma com ela, então ah, isso tira ela do equilíbrio”. A gente vê muito isso assim, a gente já consegue trabalhar na pré crise, isso é muito legal, quando isso acontece (P7, 12-5-2017, Vitória/ES).

Dentre as ações de cuidado relatadas, encontram-se intervenções no território que funcionam também como prevenção à crise, mesmo que indiretamente, isto é, mesmo sem ser uma ação planejada de prevenção, conforme o relato de P1:

Então, o que acontece, às vezes, a gente acaba conhecendo o paciente por outro panorama, você acaba conhecendo ele dentro do território, dentro da comunidade dele e, às vezes, *o que a maioria das pessoas considera* crise você como servidora, como funcionária daquele local, daquela clínica também, *you olha aquilo ali apenas como uma manifestação de opinião*. Mesmo que parece manifestação de opinião, o paciente, nesse caso, ele traga na sua fala, na sua ação, uma revolta, *a gente acaba acolhendo ele, porque a gente acompanha ele no território* [grifos nossos] (P1, 12-5-2017, Vitória/ES).

As ações junto ao território aumentam as possibilidades de contextualização da crise, de trazê-la para a singularidade e para a vivência subjetiva do usuário em suas relações, tal como ilustra a fala de P1, que antes de generalizar certos comportamentos como sintomáticos da crise, contextualiza-os no território. Willrich, Kantorski, Antonacci, Cortes e Chiavagatti (2014) apontam que olhar o sujeito a partir de um território evidencia o sentido de responsabilização do profissional e do serviço e contribui para que se possa desdramatizar o sentido da crise, angustiante para o usuário e para aqueles que estão próximos. Porém, ao olhar o sujeito para além do sintoma, é necessário entender seus conflitos de maneira que num momento de crise haja a possibilidade de prevenir uma situação extrema de agressividade. Lima e Dimenstein (2016) apontam que equipes de trabalho que se dispõem a prevenir situações de crise ou abordá-las antes que se tornem mais graves e de evitar formas de intervenção invasivas têm maior sucesso quando fazem o acompanhamento do usuário no território.

Na atenção psicossocial, a dimensão territorial para o desenvolvimento de ações é fundamental para a mudança de modelo de atenção à saúde mental. Os serviços comunitários e territoriais, os CAPS, ou mesmo outros pontos de atenção à saúde, como as Unidades Básicas de Saúde, são orientados pelas diretrizes a terem o território como norte de suas ações (Brasil, 2011).

Apesar da menção ao território feita por participantes desta pesquisa, nota-se a incipiência das ações territoriais apresentadas discursivamente, apontando-se para dificuldades em operacionalizar o modelo psicossocial de atenção à crise. As ações preventivas são descritas como realizadas dentro dos serviços:

No serviço, *a gente faz um filtro dos que estão em um potencial pra ter crise* [grifo nosso] assim né, e aí a gente já faz a referência dentro do próprio serviço, o profissional tem que ficar já “olha, vamos observar mais fulano porque ele mudou de comportamento”, ou se fulano já teve uma crise antes, então esses pacientes têm mais o olhar da equipe (P4, 12-5-2017, Vitória/ES).

Os resultados aqui apresentados vão ao encontro de estudos de Santos e Nunes (2011) e Bastos et al. (2014), que trazem, como um desafio para os serviços na atenção à saúde mental, a integração de suas práticas ao contexto territorial. Além disso, outro ponto de atenção levantado pelos participantes na prevenção à crise foi a família das pessoas em sofrimento psíquico.

Nos últimos anos nós temos várias questões que estão acontecendo que estão potencializando a crise, que é o desemprego, que é a falta de emprego formal, tá potencializando essa crise né? E isso tudo *gera todo um problema de relacionamento interpessoal, então a família já vem toda cheia de conflito* né, nós temos que fortalecer o trabalho com a família [para prevenir a crise] [grifo nosso] (P7, 12-5-2017, Vitória/ES).

A gente dentro do CAPS é a questão da sinalização, a gente tem que estar, muito né, com o olhar, com a escuta, porque tem aquele usuário que você tem contato, então assim, *pequenas mudanças no quadro você já observa, e aí já começa algumas ações né, de chamar a família* [grifo nosso] (P3, 12-5-2017, Vitória/ES).

É importante notar que os resultados não apontam em que sentido a família/o suporte familiar poderia facilitar a prevenção à crise. No entanto, no relato de P7, pode-se constatar um entendimento de crise contextualizado no momento conjuntural do nosso país trazendo problemas de relacionamento interpessoal que afetariam a família “que chegaria cheia de conflitos”. A crise não seria apenas do usuário, do sujeito isolado, mas da família, do contexto, que potencializaria a crise do usuário. Assim, o trabalho com a família, acolhendo seus conflitos, poderia ser um meio de prevenção à crise. Este resultado vai ao encontro de estudos que têm salientado o fato das relações sociais terem papel essencial para manter ou promover a saúde, o que

reitera a associação entre o suporte familiar e a saúde mental, conforme afirma Martins e Guanaes-Lorenzi (2016).

O relato de P3 não deixa claro qual o tipo de intervenção seria realizado junto à família. Neste caso, a família poderia ser mera informante da situação do usuário que apresenta sinais de crise, poderia ser parceira do serviço nas ações de atenção e cuidado à crise do familiar, usuário do CAPS ou, ainda, poderia ser convocada ao serviço para ser atendida em suas questões relacionadas à dinâmica familiar que poderiam estar desencadeando a crise do usuário. Na primeira hipótese, ou seja, a família como informante, é importante destacar que este era o lugar reservado à família nas práticas manicomialis, quando era colocada em segundo plano e não considerada nos planos terapêuticos (Rosa, 2005). Na segunda hipótese, a família compartilhando o cuidado com o serviço, coloca-a como agente ativo no processo, aproximando familiares, profissionais e usuários diante da elaboração ou superação da crise. Neste caso, a família também é apoiada, apoio este construído no cotidiano do serviço, na qualidade das relações entre profissionais, familiares e usuários. Em relação à última hipótese, sobre a convocação da família para ser atendida, Constantinidis (2017) aponta a importância da reflexão dos profissionais na orientação de suas práticas e nos atendimentos aos familiares quanto à culpabilização do familiar em relação à crise do usuário. Culpar a família quanto ao agravamento do sofrimento do seu ente, quanto o desencadear da crise, colabora para o afastamento do familiar do serviço, distanciamento na relação com o profissional e isolamento do familiar diante das dificuldades advindas com a crise (Constantinidis, 2017). Todavia, estudos apontam a importância da compreensão da dinâmica familiar como base para desenvolver programas de prevenção e intervenção na crise (Baptista, Souza, & Alves, 2008).

Dentro dos relatos dos participantes aparecem algumas referências à observação à “mudança de comportamento”, à “mudança de quadro” para detecção da crise. Para Fontenelle (2010), ainda é comum, entre os profissionais de saúde mental, o desenvolvimento de práticas que têm como base a remissão de sintomas em detrimento de práticas de cuidado que priorizem o sujeito. Para a autora, essas práticas funcionam em um modelo semelhante à Psiquiatria Preventiva.

## Manejo

Os trechos seguintes apresentam uma problematização do manejo da crise via o acolhimento ao sofrimento apresentado pelas pessoas, ressaltando a importância da escuta nesse momento:

*[...] um CAPS II [...] tem essa retaguarda com o CAPS III [...] para manejar a crise, nós temos o acolhimento que é porta aberta, encaminhamento, a família traz direto, então tem a pessoa que tá lá, o profissional que tá acolhendo. Então ele tem a prerrogativa em estar lá, escutando a família, entendendo, avaliar, estabelecer um PTS, que é mais ou menos um padrão de escuta social, psicológica, clínica médica ou até psiquiátrica quando ele observar comorbidade e aí entender o PTS sendo como não intensivo, semi intensivo ou intensivo (P2, 12-5-2017, Vitória/ES).*

O paciente quando chega no CAPS, quando ele vem pra acolhimento, pra ele ele vem numa crise doida, ele já chega achando que ele, é a situação pior do mundo. Ele já chega com isso, então o profissional, ele tem que ter uma escuta pra entender o que realmente tá acontecendo com aquela pessoa, de que forma aquela pessoa vem falando, o que ela traz, o que é a crise pra aquela pessoa. (P7, 12-5-2017, Vitória/ES).

A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial são ações que se caracterizam como tecnologias estratégicas para o cuidado no território (Maynard, Albuquerque, Brêda, & Jorge, 2014). Assim, a postura mais acolhedora no momento de crise se apresenta como importante fator que pode gerar tanto o fortalecimento, quanto a quebra do vínculo entre o profissional e o usuário, o agravamento do quadro ou ser potencialmente terapêutico.

No entanto, é possível verificar nos relatos de P2 e P7, posturas diferentes dos profissionais diante da utilização da escuta. Diante disto, é importante questionar sobre qual escuta falam esses profissionais. Concordamos com Ayres (2004) sobre a importância em se esclarecer a natureza da escuta, daquilo que se quer escutar. O autor afirma que, ainda que seja um elemento fundamental na interação profissional/usuário na prática em saúde, a escuta pode ser tão objetiva (para diagnósticos de diferentes ordens, por exemplo) que são desprezadas ou consideradas como ruídos de comunicação, partes de narrativa de grande valor para o

sujeito que fala. Seria um diálogo solitário, um que fala sem ressonância e outro que ouve só o que quer ouvir. Podemos notar no discurso de P2 a escuta protocolar e objetiva – “que é mais ou menos um padrão de escuta social, psicológica, clínica médica ou até psiquiátrica” – dirigida a diagnosticar comorbidades e delimitar plano terapêutico. No relato de P7, no entanto, podemos notar uma escuta que busca entender aspectos singulares do sujeito em crise e como a crise o afeta. Nota-se neste relato, uma escuta que aponta para um tipo de escuta voltada para o “autêntico interesse em ouvir o outro” (Ayres, 2004, p. 23), um legítimo diálogo que promove um acolhimento das dimensões existenciais dessas pessoas.

Apesar de a RAPS ter uma linha de cuidado preestabelecida, há uma abertura que possibilita a produção de práticas diferenciadas. Profissionais têm posturas e práticas que se diferenciam. Nesse sentido, Franco e Merhy (2005) apontam que a subjetividade do profissional é que estrutura sua atitude frente ao usuário: “(...) O que estrutura um comportamento e outro, isto é, a atitude de cada um em relação ao usuário e aos outros trabalhadores, é notoriamente a sua subjetividade, expressão do desejo de atuar no mundo de um certo modo” (p. 181).

Ferigato, Onocko-Campos e Ballarin (2007) destacam como fatores importantes no manejo da crise, a postura do profissional de saúde mental, a valorização do sujeito e a escuta terapêutica. Esses fatores vão ao encontro da valorização do vínculo com o usuário em crise, conforme destacado pelos profissionais, participantes desta pesquisa. Este estreitamento do vínculo pressupõe a confiança entre usuário e profissional. Para os participantes, a confiança é a base do vínculo da relação, é a potência capaz de sustentar o enfrentamento das dificuldades, conforme relata P5:

A gente observa que existe a crise [...] precisa trazer o sujeito muito mais junto com a gente, diariamente, de segunda a sexta, pra compreender que outros problemas estão acontecendo, conflito interpessoal, falta de dinheiro, na rua, situação de rua está alarmante e crescente, muito complicado, e aí a gente precisa sair e ligar pro centro pop (P5, 12-5-2017, Vitória/ES).

No relato de P5, aparece também que a crise do usuário de serviço de saúde mental não é descolada de um contexto que a gera e também é gerado por ela. A crise seria o reflexo de um contexto, de problemas conjunturais da sociedade; a crise social e a crise do indivíduo seriam indissociáveis. Neste sentido, é

importante que esta crise seja cuidada neste contexto e, para isso, é necessário que as ações se expandam para além do circuito da instituição, para um trabalho conjunto com outros recursos. A interlocução com outros serviços amplia o cuidado para uma abordagem integral do usuário.

Ao acolher o sujeito a gente faz uma negociação com ele, pactua, se é pra ficar lá. Quando a gente entende que é pra uma atenção primária, a gente então faz uma interlocução. Quando é um caso mais complexo que a gente entende que ele poderia ser atendido, a gente tem o matriciamento (P4, 12-5-2017, Vitória/ES).

A fala de P4, que é profissional de um CAPS, coloca na sua prática o CAPS como articulador da rede, como direcionador local das políticas de saúde mental, articulando com a atenção primária e acionando o matriciamento para casos mais complexos. Em relação à articulação do cuidado em saúde mental com as unidades básicas, se antes a saúde mental não era um campo destes dispositivos, agora isso está colocado e a atenção básica é uma aposta para tecer a rede (Lima & Dimenstein, 2016). No entanto, as autoras ressaltam a multiplicidade de aspectos que constituem os espaços em que as pessoas estão inseridas e que precisam ser explorados.

P4 indica o cuidado na atenção primária de casos mais complexos por meio do matriciamento, na integração das equipes, na interlocução entre o CAPS e as equipes das Estratégia de Saúde da Família (ESF) para o acompanhamento, no caso, da pessoa em crise. No entanto, estudos apontam que o processo de matriciamento em saúde mental ocorre para acompanhamento das pessoas com problemas psíquicos leves (Caçapava & Colvero, 2008; Nunes, Jucá, & Valentim, 2007). Assim, este resultado, ilustrado na fala de P4, traz a possibilidade do manejo da crise na atenção básica, na interlocução entre as equipes, que reforça os achados de Quinderé, Jorge, Nogueira, Costa e Vasconcelos (2013) que trazem a crise, a depender da especificidade desta, como obstáculo para acesso aos serviços especializados em saúde mental. Os autores exemplificam a crise de pânico, ansiedade e depressões maiores, trazendo dificuldades ao usuário em se locomover a grandes distâncias. Apontam a possibilidade de trabalho conjunto entre as equipes da saúde básica e dos CAPS, com visitas domiciliares, atendimento na própria comunidade, bairro ou território, favorecendo o acesso do usuário em crise e familiares ao serviço.

Pode-se constatar que os resultados apresentados trazem que o manejo da crise se dá por duas vias: o manejo da crise do sujeito e o manejo da crise nos serviços. Assim, para além do cuidado à pessoa em crise, com acolhimento – com escuta e estreitamento de vínculos, conforme mostram os resultados –, há outro manejo tão importante quanto este, que é o manejo da rede, na organização do trabalho, evitando fragmentação da atenção, consolidando a responsabilização da equipe pelo usuário em um trabalho interdisciplinar. No entanto, Nunes et al. (2007) destacam o sentimento de despreparo que muitos dos profissionais da atenção básica experimentam diante de casos mais complexos de saúde mental, como pessoas em crise. As autoras ressaltam que, apesar das dificuldades dos profissionais, atender os usuários em situação de crise de forma competente é imprescindível.

Ferigato et al. (2007) destacam a importância do auxílio farmacológico, o qual não foi citado nos discursos dos profissionais e não faz parte dos dados desta pesquisa. Mesmo não assumindo uma postura diante da medicalização em saúde mental, é interessante notar que o auxílio farmacológico, altamente difundido e praticado no manejo da crise, não foi referido pelos participantes.

### **Encaminhamentos**

Dentre os participantes desta pesquisa, os profissionais que trabalham nos CAPS encaminham para outros serviços, no caso, o pronto socorro psiquiátrico e a internação em enfermaria psiquiátrica de curta permanência em hospital de atenção clínica, antigo hospital psiquiátrico que passa por processo de mudança de modelo de assistência, mas que, em parte, continua assistindo dentro do antigo modelo psiquiátrico. Os usuários encaminhados para estes serviços são aqueles em agitação psicomotora, com rejeição familiar, e/ou quando há comorbidade entre uso abusivo de substância psicoativa e transtorno mental, conforme exemplificado nos relatos abaixo:

Aí eu queria voltar naquela questão, quando a gente manda para o [hospital] ou pro PA, quando a gente não consegue negociar nada com aquele sujeito, quando ele está em crise, e nem tem uma família pra dar um apoio por ele, ou a família tá tão fragilizada, ou quando é um caso que tem comorbidade a gente manda pro[hospital], quando tem agitação psicomotora. (P1,12-5-2017, Vitória/ES).

Quando tem uma agitação psicomotora importante, quando tá com aquela confusão mental... e que a gente não vai ter manejo ali, e talvez o PA também não vai ter, porque se tiver com alguma complicação clínica pode até ir pro PA, mas quando a gente vê que tem realmente a agitação psicomotora, que tem o transtorno ali instalado, ele tá naquela confusão, que não se entende né... a gente encaminha pra lá pra ele estabilizar pra que ele retorne com o apoio da família. (P3, 12-5-2017, Vitória/ES).

No entanto, agitação psicomotora e rejeição familiar não seriam critérios para internação, mas sim a associação entre crise e risco de periculosidade, auto ou heteroagressão, quando avaliada a necessidade de atenção especial de forma a proteger e resguardar o sujeito por meio da internação em curta permanência, direito este que não pode ser negligenciado (Minozzo & Costa, 2013). Neste sentido, Kinoshita (2008) *apud* Willrich et al. (2014) afirma: “não é mais possível, nem oportuno, encaminhar o paciente difícil a outras soluções institucionais” (s/p, 2008). Para os autores, os serviços necessitam de preparo para a contenção da agitação psicomotora, contenção esta que tem o sentido de proteção ao sujeito, de trazê-lo para uma relação de vínculo, evitando a internação no hospital psiquiátrico.

Estes resultados apontam a fragilidade dos serviços em lidarem com a crise e com a desinstitucionalização da loucura. Para Willrich et al. (2014), a crise é um momento que extrapola o sujeito/usuário, mas envolve transformações entre a relação do profissional e usuário e do usuário com a sociedade. Para as autoras, a crise se configura como momento crucial que demanda atenção dos serviços para lidarem com o rompimento dos sentidos produzidos pelo manicômio.

Em relação aos encaminhamentos de usuários com comorbidade, transtorno mental e uso de substância psicoativa, nota-se, pelos discursos apresentados, que tanto o CAPS ad quanto os CAPS II e III resistem em acolher estes usuários. Esta resistência é justificada por não ser este o perfil do usuário a ser atendido nas referidas instituições. Diante disso, muitas vezes, este usuário fica à deriva entre os encaminhamentos dos serviços, sem ser acolhido em suas necessidades. É importante destacar que existe evidência de possível sofrimento psíquico na população usuária de substância psicoativa e, neste sentido, os profissionais devem

estar capacitados e sensibilizados para trabalharem em articulação com a rede, com a atenção básica e CAPS (Zotesso, Marques, & Paiva, 2019).

Outro critério de encaminhamento, na maioria das vezes, para o hospital psiquiátrico, é a rejeição familiar:

A gente com a internação também de usuário do CAPS que a família se recusou a receber. Você tá acionando tudo, chamando... essa coisa de não aceitar, você ver que não tem acolhida, não é o melhor lugar para aquele sujeito retornar pra família e a gente sabe que se for vai ser algo forçado né, então isso frustra muito a gente também (P7, 12-5-2017, Vitória/ES).

Estudo de Bezerra e Dimenstein (2011) aponta que a falta de orientação aos familiares está diretamente ligada à internação e ressaltam a importância de um trabalho com as famílias, assegurando seu comprometimento com o cuidado, assim como articulação intersetorial, a fim de garantir o tratamento do usuário em seu território. Em relação à fala de P7, destaca-se o fato de o profissional/serviço se abster de um investimento necessário nas relações com a família do usuário, colocando como solução a internação, em uma prática manicomial dentro de um paradigma segregatório e de exclusão.

Outro ponto a ser ressaltado no processo de encaminhamento dos usuários em crise, é o fato de as equipes recorrerem à polícia nos processos de internação. Este procedimento é reforçado pelo procedimento do SAMU que só aceita transportar o usuário em crise com a presença da polícia, justificando como cuidado em salvar a equipe de saúde que age no transporte do usuário.

A polícia para o SAMU poder fazer parte da RAPS né. Isso é uma realidade sim, para o SAMU é. A gente só descobriu isso porque quando, porque assim, não tem polícia na RAPS, tem SAMU, mas o SAMU só vem se a gente chamar a polícia (P4, 12-5-2017, Vitória - ES).

Estudo de Jardim e Dimenstein (2008) aponta que a equipe do SAMU trabalha baseada na concepção de urgência psiquiátrica, tendo a agressividade como sua principal manifestação. Brito, Bonfada e Guimarães (2015) destacam que o uso da força coercitiva, exercida por policiais militares, ainda sustenta o ideário e a assistência prestada pelos profissionais do SAMU, elementos associados à prática manicomial. Neste sentido, deve ser considerado que a participação da polícia nessas situações pode reforçar o estigma de violência e

periculosidade associado ao transtorno mental, estigma esse que a desinstitucionalização da loucura visa combater.

Além do SAMU, houve relatos de profissionais de CAPS que também recorrem à polícia quando surgem dificuldades em “conter a crise” ou quando o usuário, agressivo, pede o apoio da polícia na situação deflagrada por ele, no CAPS.

O esquizofrênico, quando a polícia chega, ele muda o comportamento... Ele obedece a... Vários casos eu já acompanhei, e não precisa algemar não, a família vai de um lado, um policial vai de outro, outro vai dirigindo, a ambulância vai... mas ele só aceitou depois que a polícia apareceu... Tem momentos que a polícia nos ajuda pra caramba... (P3, 12-5-2017, Vitória/ES).

As equipes percebem a participação da polícia como parceira, no momento em que estas se sentem vulneráveis. No entanto, a fala de P3 traz a coerção policial como manejo da situação de crise, mostrando que não são apenas os profissionais do SAMU que recorrem a essa intervenção. Mais uma vez, os resultados apontam que as práticas manicomiais estão presentes e naturalizadas na produção de cuidado à crise entre esses profissionais da RAPS.

Outra questão destacada pelos participantes se refere aos encaminhamentos dos casos de pessoas em crise com comorbidade ao uso abusivo de substâncias psicoativas.

Quando tem comorbidade psiquiátrica a gente costuma mandar para o [hospital]. Mas quando não, a gente manda pra esses centros de tratamento de dependência química porque a gente tem lá as vagas né, e a gente então, junta com a família e manda temporariamente lá, no máximo 45 dias, normalmente só fica 30, né, e retorna pra gente, um caso ou outro né, mas o manejo é quase todo feito por nós, joga na atenção intensiva [...] (P1, 12-5-2017, Vitória/ES).

O relato aponta que existem dificuldades na abordagem terapêutica destes usuários. O relato de P1 não deixa clara a dificuldade na abordagem, mas, sim, o encaminhamento protocolar para hospital psiquiátrico ou clínica de internação, contrariando o modelo de atenção psicossocial que privilegia os serviços de base comunitária e a lógica da redução de danos, além de garantir rede assistencial que esteja comprometida com a garantia dos direitos e cidadania do usuário. O relato acima remete a um modelo biomédico centrado na

internação. Faller (2015) ressalta o impacto na qualidade de vida do usuário e a não adesão ao processo de cuidado, decorrentes da desconsideração das necessidades subjetivas do indivíduo, que vão além de suas dificuldades com as drogas. A autora aponta que, por vezes, os profissionais priorizam a relação do usuário com a droga, em detrimento de outros problemas igualmente importantes, como a comorbidade psiquiátrica ou outros problemas médicos e psicossociais.

O encaminhamento do usuário para a internação psiquiátrica a partir da percepção dos trabalhadores nos revela diversos fatores que traduzem ações as quais respondem ao modelo tradicional da psiquiatria, em detrimento do modelo da atenção psicossocial. A dificuldade em lidar com a crise, a dificuldade no manejo da agitação psicomotora, do manejo familiar, a presença da polícia nas intervenções de forma protocolar, assim como internações em caso de comorbidade com uso abusivo de substâncias psicoativas, a ausência de leitos em hospitais gerais, como preconizado, são aspectos presentes nesse estudo, os quais reafirmam o desafio que é a atenção à crise no modelo territorial.

### **Impasses**

Os impasses reconhecidos pelos trabalhadores no cuidado à pessoa em crise dizem respeito, sobretudo, à dificuldade do trabalho em rede no campo da saúde mental. Os resultados apontam que o cuidado à saúde mental na Atenção Básica destes municípios ainda é uma construção necessária. Ações de saúde mental nesse nível de atenção contribuem para desestabilizar práticas cristalizadas, para romper com padrões assistenciais e para a superação da racionalidade médica. O trabalho articulado em rede torna possível a atenção de modo comunitário e integral.

Para que se incluam ações de saúde mental na Atenção Básica, Souza (2015) aponta a importância de treinamento, supervisão e capacitação dos profissionais para que possam ter uma escuta qualificada e cuidadosa em relação ao sofrimento do outro, para que aprendam a manejar minimamente os momentos de crise, pois de modo contrário, não será possível contar com esses equipamentos como um dispositivo da atenção psicossocial.

Nesse sentido, observamos no trecho abaixo a percepção do trabalhador acerca desse ponto da rede que, apesar dos esforços na atenção à saúde mental, não conta com a participação efetiva da atenção básica:

Os acolhimentos iniciais, eles estão acontecendo muito no território, não porque é o território de [bairro], o território se transformou na cidade de Vitória, a Unidade de Saúde não consegue enxergar enquanto unidade de saúde que precisa atender transtorno, família, seja lá quem for... mas é aquela coisa, “é de vocês, toma”, aí joga ali e todos nós vamos entrar em crise (P2, 12-5-2017, Vitória/ES).

Soma-se a isso, no discurso dos participantes, a postura do profissional médico presente na Unidade de Saúde, reforçando o não lugar da Atenção Básica na Atenção Psicossocial:

Porque psiquiatra é pra preenchimento de laudo, psiquiatra não atende... então isso é gritante... o psiquiatra que tá em [bairro] atende só casos que já eram da unidade de saúde. Às vezes você tem uma demanda, tem CAPS que são casos de ambulatório, que a gente também não tem como dar esse suporte. E somos assim, acionados o tempo inteiro (P5, 12-5-2017, Vitória/ES).  
Tem paciente que tá há um ano sendo acompanhado pelo clínico pra repetir receita (P7, 12-5-2017, Vitória/ES).

Os relatos dos participantes apontam a presença do psiquiatra na Unidade de Saúde para o fornecimento de laudo e repetição de prescrição, denunciam um impasse no cuidado à saúde mental, especificamente na atenção à crise. No entanto, ao compreendermos a importância da atuação do médico psiquiatra nesse nível de atenção de forma a compor a equipe, salientamos que a centralização da atenção à saúde mental na Unidade de Saúde na figura desse profissional se apresenta como um equívoco.

A questão é que eu conheço esse paciente em forma de ligações com a rede, algumas vezes por contato, ou então antes desse paciente chegar já me ligaram dizendo qual e como o paciente tá chegando pra gente. Então pra gente é o caso tipo assim é, um paciente nesse momento, ele precisa desse apoio da equipe dentro da emergência, mas o profissional, o psiquiatra ele pega esse paciente que nunca foi orientado e “pronto, tá liberado”. Então é acompanhar [...] (P2, 12-5-2017, Vitória/ES).

A fala de P2 denuncia a centralidade nas consultas médicas, o que se aproxima do modelo curativo da biomedicina, assim como na centralidade da relação queixa-consulta médica. Para Reis, Cecílio, Andrezza,

Araújo e Correia, (2018) existem dificuldades para a mudança de modelo de atenção que podem ser explicadas, por um lado, pela resistência dos médicos que se sentem ameaçados em sua autonomia, mas, também, por outro lado, pela dificuldade das próprias equipes trabalharem com maior autonomia, mais “autorizadas”. Além disso, para os autores, existe uma difícil adesão, se não resistência, dos usuários aos arranjos organizacionais experimentados que possibilitaria um modelo assistencial menos médico-centrado.

Ferigato et al. (2007) apontam que o sucesso da intervenção na crise está estreitamente ligado à organização da equipe. Para as autoras, é preciso desmistificar a cultura da hegemonia médica na articulação do tratamento do usuário, já que as necessidades da pessoa em crise deixam de ser endereçadas de forma específica ao psiquiatra e passam a ser trabalhadas por toda a equipe multiprofissional.

### **Considerações Finais**

Como indicado neste estudo, a abordagem à crise é ponto nevrálgico na superação do modelo tradicional hospitalocêntrico e manicomial, pois pode trazer à cena o princípio da doença-cura, a ênfase em terapêuticas medicamentosas, atendimentos centrados em sintomatologias, classificações nosológicas e práticas de reclusão/internação. Evidencia-se que a superação que necessita ser feita, no sentido de sustentar o modelo psicossocial de atenção à crise, diz respeito à associação direta e protocolar da crise à internação psiquiátrica – justificada, muitas vezes, pela periculosidade social que naturaliza a ação policial atrelada às ações da equipe de saúde – e, também, à hegemonia médica nos processos de trabalho em equipe. Neste sentido, indica-se a importância de novos estudos sobre a relação entre os componentes da equipe multiprofissional e a autonomia da equipe diante de situações emergenciais do cotidiano de trabalho na atenção e cuidado da pessoa em sofrimento psíquico.

Nota-se a dificuldade nas interações entre os diferentes níveis de complexidade da RAPS, sobretudo, no que se refere ao nível da Atenção Básica, sendo aspectos importantes o despreparo dos profissionais para lidar com as questões da saúde mental, a forte presença dos estigmas, e também da falta de corresponsabilidade com o cuidado da pessoa com sofrimento psíquico. Além disso, a pouca menção ao trabalho intersetorial, que indica que o trabalho em rede ainda é incipiente na região estudada, e a relevância de novas pesquisas que elucidem as fragilidades que impedem o fortalecimento do trabalho em rede. Pode-se

verificar que o manejo da crise não se limita à crise do sujeito, mas o manejo da crise estende para a crise dos serviços. Destaca-se ainda a falta de investimento de recursos que deem condições de efetivação do cuidado na perspectiva em rede na região dos municípios, lócus da pesquisa, com falta de leitos de internação de curta permanência para pessoas em crise, em hospitais gerais, sendo o hospital psiquiátrico, mesmo que com enfermaria de curta permanência, ainda com práticas tradicionais e manicomial, a única alternativa, quando a internação se faz necessária. A partir do exposto, consideramos que as mudanças nos aspectos teóricos-técnicos (ações e postura dos profissionais) bem como legislativo-político (financiamento) e sociocultural (presença dos estigmas) do processo de reforma psiquiátrica ainda não se expressam de maneira a garantir as intervenções às situações de crise do modo como proposto para o modelo de atenção psicossocial.

Sem a pretensão de esgotar as discussões sobre o tema, acreditamos que este estudo pode colaborar na reflexão sobre os modos de atenção e cuidado à crise, reiterando a importância do questionamento dos pressupostos ideológicos e teórico-metodológico que embasam as práticas no sentido de facilitar as mudanças necessárias à desinstitucionalização.

Como fatores limitantes desse estudo, apontamos a ausência dos trabalhadores dos serviços de emergência (SAMU) como um dos atores importantes nas primeiras intervenções junto ao usuário em crise.

## Referências

- Amarante, P. (2007) *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ayres, J. R. C. M. (2004) O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 16-29. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>
- Bardin, L. (1979) *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bastos, I. T., Sarubbi Jr., V., Oliveira, T. G. P., Delfini, P. S. S., Muylaert, C. J., & Advincula, O. A. R. (2014) Identidade do cuidado em Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil para usuários de álcool e drogas. *Rev Esc Enferm USP*, 48(SPE2), 116-122. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000800018>
- Bastos, F. J. S., Dutra, C.D. C., Silva, J. L. A., Pacheco, K. C., & Silva, T. N. (2016). Mental health in mobile pre-hospital care: Conceptions of the professionals. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (SPE4), 17-24. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0136>
- Baptista, M. N., Souza, M. S., & Alves, G. A. S. (2008). Evidências de validade entre a Escala de Depressão (EDEP), o BDI e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). *Psico-USF*, 13(2), 211-220. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712008000200008>
- Bezerra, E., & Dimenstein, M. (2011) Os CAPS e o Trabalho em Rede: Tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, 28(3), 632-645.
- Birman, J., & Costa, J. F. (1994) Organização de instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In Amarante, P. (Org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932008000300015>
- Brasil (2001). Lei no. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.html)
- Brasil (2011). Portaria n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Recuperado de [http://www.brasilsus.gov.br/images/stories/pdf/Portaria\\_3088\\_2011.pdf](http://www.brasilsus.gov.br/images/stories/pdf/Portaria_3088_2011.pdf)

com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html

Brasil (2013). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

Brasil (2017). Resolução CIT No. 32/2017 e Portaria No. 3.588/2017. Recuperado de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)

Brasil (2019). Nota técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos Sobre as Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre drogas. Ministério da Saúde. Recuperado de <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>

Brito, A. A. C., Bonfada, D., & Guimarães, J.. (2015). Onde a reforma ainda não chegou: Ecos da assistência às urgências Psiquiátricas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(4), 1293-1313. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400013>

Caçapava, J. R., & Colvero, L. A. (2008) Estratégias de atendimento em saúde mental nas unidades básicas de saúde. *Rev. Gaúch. Enferm*; 29(4), 573-580.

Caplan, G. (1980) *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar.

Constantinidis, T. C., & Cunha, A. C. (2016) Desinstitucionalizando conceitos: A terapia ocupacional em busca de um (novo) lugar no cenário da saúde mental. In Matsukura, T. S., & Salles, M. M. (Eds.), *Cotidiano, atividade humana e ocupação. Perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental* (pp. 37-59). São Carlos, SP: Editora da Universidade Federal de São Carlos.

Constantinidis, T. C. (2017) Profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico: encontro ou desencontro? *Psicologia USP* 28(1), 23-32. <https://doi.org/10.1590/0103-656420150114>

Dalgalarrondo, P. (2019) *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Dell'acqua, G., & Mezzina, R. (2003). Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Amarante P. (Org.). *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau.
- Faller, S. (2015). *Resultados acerca do uso de substâncias psicoativas no Brasil a partir de estudos multicêntricos*. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/148849>
- Ferigato, S. H., Onoko-Campos, R. T. & Ballarin, M. L. G. S. (2007) O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP* 6(1), 31-44.
- Fontenelle, A. S. (2010). *Sujeitos em crise: estratégias de intervenção em Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II*. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/handle/10/3024>
- Foucault, M. (2006) *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2005) Produção Imaginária da Demanda. In Pinheiro, R., & Mattos, R.A. (Orgs.) *Construção Social da Demanda*. Rio de Janeiro: IMS/UERJCEPESC-ABRASCO.
- Goulart, D. M. (2017). *Educação, saúde mental e desenvolvimento subjetivo: da patologização da vida à ética do sujeito*. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade de Brasília, Brasília. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/24008>
- Jardim, K., & Dimenstein, M. (2007). Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicol Rev.* 13(1), 169-190.
- Kinoshita, R. T. (2008). *O cuidado da crise nos Centros de Atenção Psicossocial*. Aula aberta do Curso de Especialização em Atenção Psicossocial no Âmbito do SUS. Pelotas:
- Lima, M., & Dimenstein, M. (2016). O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. *Interface, Botucatu* v. 20, p. 625-635. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0389>

- Lobosque, A. M. (2010). Nem a fuga da teoria, nem o medo da invenção. In: Lancetti, A. & Braga Campos, F. (Org.). *Saúde Loucura n. 9: experiências da reforma psiquiátrica*. São Paulo: Hucitec. p. 255-272.
- Martins, A. G. (2017). A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial. *Mental*, 11(20), 226-242.
- Martins, P. P. S., & Guanaes-Lorenzi, C. (2016). Participação da Família no Tratamento em Saúde Mental como Prática no Cotidiano do Serviço. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32 (4). <https://doi.org/10.1590/0102.3772e324216>
- Maynard, W. H., Albuquerque, M. C., Brêda, M. Z., & Jorge, J. S. A. (2014) Escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. *Acta Paul Enferm.* 27(4), 300-304. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400051>.
- Minozzo, F., & Costa, I. (2013) Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. *Psico-USF*. 18(1), 151-60. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712013000100016>
- Moebus, R. L. N. (2014) Crise - Um Conceito Constitutivo para a Saúde Mental. In: Gomes, M. P. C. & Merhy, E. E. (Org.). *Pesquisadores IN-MUNDO - Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. 1ªed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, p. 43-54.
- Moraes, R. (1999) Análise de conteúdo. *Revista Educação*, 22(37), 7-32.
- Nunes, M., Jucá, V. J., & Valentim, C. P. B. (2007) Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad Saude Publica*, 23(10), 2375-2384. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000012>
- Quinderé, P. H. D., Jorge, M. S. B., Nogueira, M. S. L., Costa, L. F. A., & Vasconcelos, M. G. F. (2013). Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 2157-2166. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700031>
- Reis, D. O., Cecílio, L. C. O., Andreazza, R., Araújo, E. C., & Correia, T. (2018). Nem herói, nem vilão: elementos da prática médica na atenção básica em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(8), 2651-2660. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.16672016>

- Rosa, L. C. S. (2005) A inclusão da família nos projetos terapêuticos em saúde mental. *Psicologia em Revista*, 11(18), 205-218.
- Rotelli, F., Leonardis, O., & Mauri, D. (2001). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.
- Santos, M. R. P., & Nunes, M. O. (2011) Territory and mental health: a study on the experience of users of a psychosocial care center, Salvador, Bahia. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, 15(38), 715-26. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000036>
- Souza, A. C. (2015) *Estratégias de inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica: um movimento das marés*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Trad, L. A. B. (2009). Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 777-796. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>
- Willrich, J. Q., Kantorski, L. P., Antonacci, M. H., Cortes, J. M., & Chiavagatti, F. G. (2014). Da violência ao vínculo: construindo novos sentidos para a atenção à crise. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(1), 97-103. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140013>
- Zeferino, M. T., Cartana, M. H. F., Fialho, M. B., Huber, M. Z., & Bertoncello, K. C. G. (2016). Percepção dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado às crises na Rede de Atenção Psicossocial. *Escola Anna Nery*, 20(3), e20160059. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160059>
- Zotesso, M. C., Marques, L. O., & de Paiva, S. M. A. (2019). Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas: práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 8(1), 8-16. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v8i1.2220>